



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 6 MONTHS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

嬰兒期：6個月

由家長填寫兒童的情況

兒童姓名

出生日期

過敏症

目前用藥

自上次體檢後出現的病症/事故/問題/擔憂

是 否
☐ ☐

我的寶寶吃一些固體食物。

是 否
☐ ☐

我的寶寶會拾取東西。

☐ ☐

我的寶寶會發出"da da"或"ba ba"之類的聲音。

☐ ☐

我的寶寶好像很高興。

☐ ☐

我的寶寶能在別人幫助或扶撐下坐立。

☐ ☐

我的寶寶認識我。

☐ ☐

我時常感到悲傷；對此我感到擔憂。

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE

HEIGHT CM/IN. PERCENTILE

HEAD CIR. PERCENTILE

☐ Review of systems

☐ Review of family history

Screening:

Hearing

N A
☐ ☐

Vision

☐ ☐

Development

☐ ☐

Behavior

☐ ☐

Social/Emotional

☐ ☐

Gross Motor

☐ ☐

Fine Motor

Physical:

General appearance

N A
☐ ☐

Skin

☐ ☐

Head/Fontanelle

☐ ☐

Eyes

☐ ☐

Ears

☐ ☐

Nose

☐ ☐

Oropharynx

☐ ☐

Neck

☐ ☐

Nodes

☐ ☐

Mental Health

Chest

N A
☐ ☐

Lungs

☐ ☐

Cardiovascular/Pulses

☐ ☐

Abdomen

☐ ☐

Genitalia

☐ ☐

Spine

☐ ☐

Extremities

☐ ☐

Neurological

☐ ☐

Describe abnormal findings:

Diet _____

Elimination _____

Sleep _____

☐ Hct/Hgb ☐ Review Immunization Record

☐ Fluoride Supplements ☐ Fluoride Varnish

Health Education/Anticipatory Guidance: (Check all completed)

☐ Family Planning ☐ Safety ☐ Infant Temperament

☐ Development ☐ Crib Safety ☐ Shaken Baby Syndrome

☐ No Bottle in Bed ☐ Feeding ☐ Fever

☐ Teething ☐ Bedtime ritual ☐ Language Stimulation

☐ Stranger Anxiety ☐ Appropriate Car Seat ☐ Child care

☐ Passive Smoke

☐ Other: _____

Assessment: _____

IMMUNIZATIONS GIVEN

REFERRALS

NEXT VISIT: 9 MONTHS OF AGE

HEALTH PROVIDER NAME

HEALTH PROVIDER SIGNATURE

HEALTH PROVIDER ADDRESS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (6 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening. Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family.

Hearing Screen

Use clinical judgment.

Lead Screen

Screen infants for these risk factors:

- Live in or frequently visit day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

Polio Virus Vaccine

Give a dose of inactivated polio virus (IPV) vaccine:

- at 2 months.
- at 4 months.
- at 6-18 months.

Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communications Development Inventory.

| Yes | No | | Yes | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>No head lag when pulled to sit.</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Turns toward voice.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Bears some weight on legs when held.</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfer object from hand to hand. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Rolls over.</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Cuddles.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Imitates speech sounds. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avoids eye contact. |

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on *even one* of the underlined items, or if you checked the boxed item, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



健康兒童體檢 - 嬰兒期：6個月
WELL CHILD EXAM - INFANCY: 6 MONTHS

(符合EPSDT早期定期檢查、診斷和治療指南標準)

日期

嬰兒期：6個月

由家長填寫兒童的情況

兒童姓名

出生日期

過敏症

目前用藥

自上次體檢後出現的病症/事故/問題/擔憂

是 否
☐ ☐

我的寶寶吃一些固體食物。

☐ ☐

我的寶寶會發出"da da"或"ba ba"之類的聲音。

☐ ☐

我的寶寶能在別人幫助或扶撐下坐立。

☐ ☐

我時常感到悲傷；對此我感到擔憂。

是 否
☐ ☐

我的寶寶會拾取東西。

☐ ☐

我的寶寶好像很高興。

☐ ☐

我的寶寶認識我。

體重千克/盎司百分比

身高厘米/英寸百分比

頭圍百分比

☐ 系統審核

☐ 家族健康史審核

檢查：

聽力檢查

視力檢查

發育

行為

社交與情緒

大的肌肉運動

細致的肌肉運動

身體：

整體外觀

皮膚

頭部/ 胸門

眼睛

耳朵

鼻子

口咽

頸部

淋巴結

精神狀況

說明異常發現：

N A

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

N A

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

胸腔

肺部

心血管/脈搏

腹部

生殖器

脊椎

手足

神經

N A

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

飲食 _____

排洩 _____

睡眠 _____

☐ Hct/Hgb ☐ 審核免疫記錄

☐ 氟化物藥品 ☐ 氟化物鈉劑

保健教育及預測性指南：（勾劃所有已完成的項目）

☐ 家庭生育計劃 ☐ 安全 ☐ 嬰兒性情

☐ 發育 ☐ 嬰兒床安全 ☐ 搖嬰症

☐ 不在床上用奶瓶喂奶 ☐ 喂食 ☐ 發燒

☐ 牙齒生長情況 ☐ 入睡過程 ☐ 語言促進

☐ 認生 ☐ 適當的嬰兒車座 ☐ 托兒

☐ 被動吸煙

☐ 其他： _____

評估： _____

已完成的免疫接種

轉介

保健服務機構名稱

保健服務機構地址

下次檢查：9個月

保健服務機構簽名

嬰兒期：6個月

6個月小寶寶的保健

重要標誌

小寶寶在6至9個月期間的生長發育。

發出"ba-ba-ba""dada"之類的聲音。

能用手掌握住小東西，然後用手指夾住。

把東西放進嘴裡，能自己吃一些小塊的軟質食物。

能坐穩。

在攙扶下能站立。

趴在地板上移動，並開始爬行。

可能開始認生。

您可以在與您的小寶寶玩耍時幫助她學會新技能。

若需要幫助或詳細資訊，請電

玩具與嬰幼兒產品安全：

消費者產品安全委員會

1-800-638-2772（留言）或

1-800-638-8270（TTY中繼轉發）

學習嬰兒和兒童人工呼吸和急救措施：

向當地的消防站或美國紅十字會或心臟學會分會或衛生部詢問是否提供此培訓課。

兒童健康與發育、免疫：

健康母親、健康寶寶資訊和轉介專線

1-800-322-2588（留言）或

1-800-833-6388（TTY中繼轉發）

保健須知

您的小寶寶需要接種幾種常見疫苗來完成全面免疫。若您的小寶寶漏掉任何一種，應該預約門診補上。

向您的小寶寶展示彩色圖畫書並談論書中的圖畫。不斷哼唱簡單的歌曲和說童謠。

以下跡象說明小寶寶可以開始吃固體食物：

- 祇需很少幫助或者不需幫助就能坐起來。
- 顯出想要吃您的食物的樣子。
- 能用舌頭將食物推入喉嚨。

您的小寶寶會向您表示他已吃飽了。在他吐出食物、閉上嘴或轉過頭時，應停止喂他。讓他來控制自己要吃多少。

應該讓小寶寶開始學習用杯子喝水。在杯子裡倒入水、母乳或嬰兒喂養奶。不要讓小寶寶拿奶瓶上床。

子女教養須知

讓您的小寶寶有大量的時間趴在地板上玩。把玩具放在遠處，這樣他會試圖爬行。

開始一起玩一些簡單的遊戲，如“藏貓貓”和“拍手”遊戲。

安全須知

在您的小寶寶開始爬行前，應保證您家環境安全。在幾年之內，您一直需要這樣做。

- 把小東西和易碎物品收好。
- 把電線用膠帶粘貼在牆上，把插座蓋好。
- 在樓梯的頂部和底部裝上安全門。
- 把毒性物品和藥品放在櫥櫃裡鎖好。

小寶寶助步器所導致的傷害要比其他任何嬰幼兒產品都要多。不用助步器，而用不帶輪子的椅子，或讓小寶寶趴在地板上。